

ENTREVISTA

• 5

«El pago por el monto del servicio supone una discriminación negativa para las personas de menor renta»

Fernando Lamata

■ «Vivimos una nueva época en que ha cambiado la tradicional relación entre médico y paciente, ya que el ciudadano actual está mejor informado y formado para hacer frente a su enfermedad y para reclamar sus derechos y deberes en materia de salud, y es necesario el desarrollo de una participación ciudadana más activa en todo lo que concierne a su salud y la cogestión de los recursos sanitarios».

POLÍTICA SANITARIA

• 9

Gasto en medicamentos de receta y en farmacia hospitalaria, ¿hablamos de lo mismo?

Juan Simó Miñana

■ Existe poca información disponible sobre el gasto público en farmacia hospitalaria en España. Tan es así que los medios especializados llegan a sospechar que se oculta dicha información. La Estadística del Gasto Sanitario Público recoge perfectamente el gasto en medicamentos de receta, pero no desglosa el gasto en farmacia hospitalaria que incluye, sin diferenciar, dentro del gasto en atención especializada.

POLÍTICA SANITARIA

• 11

La sanidad en la encuesta del CIS sobre «Actitudes hacia el Estado del Bienestar»

Marciano Sánchez Bayle

■ Cuando se pregunta sobre qué tema le parece más importante a los encuestados, la sanidad ocupa el cuarto lugar sobre 11 (empleo, vivienda y pensiones, por este orden, se sitúan por delante). Es evidente que los ciudadanos, como viene siendo tradicional, consideran a la sanidad un problema importante y también lógico que en estos momentos de crisis coloquen al empleo, la vivienda y las pensiones como preocupaciones importantes.

POLÍTICA SANITARIA

• 12

Crisis de modelo en la industria de la salud

Lourdes Girona Brumós

■ El sector de la salud no iba a ser una burbuja dentro de esa otra burbuja irreal. El hecho de que, en otro sentido de lo que sucede con el mercado inmobiliario, aquí no se compran y venden ladrillos sino la salud de las personas, su bienestar y calidad de vida, no le salva de las leyes inexorables que ha dictaminado la codicia que anidaba parásita en los pliegues de la ideología mercantilista dominante.

A los médicos de la sanidad pública no les incumbe el aborto

Cuando en una sociedad como la española un problema sanitario, demográfico, educativo... —considérese por la condición que se quiera—, en vez de disminuir aumenta, esa sociedad tiene un grave problema moral (no en el sentido teológico); es una sociedad con unos cimientos endeble que tiene que recapitular sobre la consistencia de su propia identidad, de sus valores colectivos, de la solidez de sus sistemas sanitario, económico, educativo y judicial. Cuando el aborto aumenta, en vez de disminuir, como sería lógico y deseable; cuando, según el Ministerio de Sanidad, el aborto se incrementó un 10% en 2007 respecto al año anterior, hasta alcanzar 112.138 intervenciones, más del doble respecto a diez años atrás, como sociedad no podemos estar seguros de nuestra inocencia moral.

El problema es más llamativo porque el incremento se produce sobre todo entre las mujeres más jóvenes de manera constante: el 13,8% son menores de 19 años, frente al 5,7% en 1998 y al 3,4% en 1990. También se incrementa entre mujeres inmigrantes.

En el 96,03% de los casos el motivo de la interrupción fue la salud materna. La interrupción del embarazo se produjo antes de la 8ª semana de gestación en el 62,8% de los casos y entre la semana 9ª y 12ª en el 25,3%. Para el 67,6% de las mujeres se trata del primer aborto voluntario, para el 22,9% del segundo y para el 6,3% del tercero. Más preocupante es la situación de las más jóvenes, porque en el 12,8% de las menores de 20 años era como mínimo su segundo aborto. El grupo de edad donde más abortos se practican es el de 20-24 años, con el 20,7% del total.

Cuando se trata de buscar explicaciones (no hablemos de culpables, ni siquiera en sentido metafísico), recurrimos a la falta de políticas preventivas; de hecho, el 68% de las jóvenes que interrumpieron su embarazo en 2007, en los dos años anteriores no habían acudido ni a centros sanitarios ni de planificación familiar en busca de algún método anti-conceptivo. La educación sexual, además de tener que sortear muchas trabas (religiosas, por ejemplo), no tiene una presencia amplia, constante, reconocible y accesible ni en los centros educativos ni en los foros y medios de comunicación por donde se mueven y que utilizan los jóvenes. En este terreno no estamos mejor que hace veinte años.

Necesariamente tenemos que hablar del triste papel que ha ejercido el sistema sanitario en abordar este problema. Para empezar, debido a la permisividad que se otorgó a los médicos para que objetaran, solamente el 2,08% de las interrupciones de 2007 se hicieron en hospitales públicos, menos aún que en 1998 (2,33%). Pero es que todo el campo de la salud sexual y reproductiva les es ajeno a la mayoría de los ginecólogos en

ATENCIÓN PRIMARIA

• 14

Evaluación del desarrollo de Planes de Mejora de Atención Primaria en las Comunidades Autónomas

Luis García Olmos

■ Médico general es aquel que no selecciona a sus pacientes ni por la edad, ni por el sexo ni por la patología que presenta. Por el contrario, los especialistas son médicos que seleccionan a sus pacientes por alguna de esas características. En los orígenes del proceso de especialización, médicos generales y especialistas han competido por los pacientes y la relación entre ellos se ha forjado sobre la base de un conflicto de intereses y de poder, derivado de la indefinición de los límites de actuación de cada uno, que ha tenido como manifestación la desconfianza entre las partes.

INMIGRACIÓN Y SALUD

• 18

Inmigración y participación comunitaria en salud

Abdelouahed Amal Amanea

■ Conviene recordar que la inmigración, fenómeno que se ha dado en todas las etapas de la historia de la Humanidad, es un derecho fundamental de las personas recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 13: «Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia dentro del territorio de un Estado».

INMIGRACIÓN Y SALUD

• 22

Jornadas de la FADSP sobre Inmigración y Salud

■ Las enfermedades más prevalentes entre los inmigrantes son las mismas que entre la población española de igual nivel de renta, es decir las diferencias estriban en que los inmigrantes son generalmente mas pobres. Por otro lado la presencia de enfermedades importadas es muy infrecuente y no mayor que en la población española que viaja a países con patrones epidemiológicos diferentes al nuestro.

NOTICIAS

• 24

SALUD Y GÉNERO

• 28

Salud reproductiva y violencia de género

Merche Boix Rovira

■ Hasta ahora, o hasta hace muy poco, los profesionales de la salud hemos visto las consecuencias de la violencia de género cuando éstas ya eran muy evidentes, actuando a la vista de lesiones físicas, en algunos casos de mucha gravedad, no sabiendo identificar el cuadro de malos tratos que muchas veces hay detrás de muchas de las manifestaciones que la mujer presenta.

la sanidad pública. Por un lado se han relegado estas consultas a los centros de orientación familiar, cuyo número es abiertamente insuficiente para la población a atender; el sistema sanitario no financia muchos de los métodos de uso más fácil (píldora anticonceptiva); la píldora del día siguiente no está disponible en muchos servicios de atención continuada o de urgencia, y algunos médicos son reticentes a dispensarla (otro tanto puede decirse de los farmacéuticos).

Además de garantizar la existencia de centros públicos donde se atiende la demanda de interrupción voluntaria del embarazo de las mujeres y de resolver la problemática de la objeción con el respaldo y apoyo institucional a los profesionales que practican abortos, se deberían

diseñar políticas públicas en materia de prevención de acuerdo con las necesidades de los distintos grupos de mujeres que interrumpen su embarazo. Se debería introducir en la actual legislación educativa un artículo que permita incorporar la educación afectiva-sexual integral y respetuosa con la diversidad sexual en el currículo escolar, a fin de que se imparta como materia obligatoria. Se debería garantizar la información y acceso a métodos anticonceptivos fiables y seguros por el Sistema Nacional de Salud, asegurando así que esta prescripción sea universal y accesible para todas las mujeres.

Se debe establecer un precio social para el preservativo y facilitar de forma gratuita la píldora postcoital en todos los centros sanitarios públicos, dado su carácter de emergencia, al tiempo que se garantiza su dispensación en las farmacias. Ni los profesionales sanitarios ni farmacéuticos que ejerzan o dispensen para la sanidad pública podrán aducir motivos de conciencia para negarla.

Se debería prestar una atención de calidad en salud sexual y reproductiva en los centros de atención primaria y en los centros de planificación familiar. Para ello las distintas Administraciones deberían garantizar los recursos y coordinación necesarios, así como el reciclaje de los profesionales para que ofrezcan información actualizada. Deberían ser constantes las campañas informativas sobre los derechos sexuales y reproductivos, así como de los servicios existentes, dirigidos a jóvenes e inmigrantes y al conjunto de mujeres y hombres.

En cierto modo, en el problema del aborto se condensan las manifestaciones más típicas de la desigualdad sociosanitaria: un grupo poblacional muy numeroso de mujeres, jóvenes, de clases sociales bajas, muchas de ellas inmigrantes, se ven abocadas a interrumpir su embarazo, fuera de los centros asistenciales públicos, como consecuencia de la ausencia de medidas preventivas eficaces, del difícil acceso a métodos anticonceptivos y de falta de médicos de la sanidad pública dispuestos a atenderlas, porque resulta que los médicos que deberían proporcionar esos recursos son mayoritariamente hombres, de clase social media-alta y nacionales, y manifiestan con su comportamiento las peores caras del clasismo, sexismo y racismo, porque no se sienten incumbidos por el problema del aborto.

■ LP